

**fortbildning.** Allmänläkare får allt mindre tid till kompetensutveckling. Nästan varannan allmänläkare ägnar ingen tid alls åt intern fortbildning. Bland övriga grupper är det framför allt den externa fortbildningen som minskar, enligt Läkarförbundets årliga fortbildningsenkät.

text: michael Iövtrup



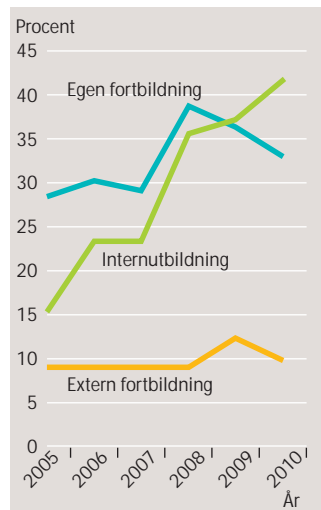
# Varannan allmänläkare helt

Läkarförbundets fortbildningsenkät för 2010, som gått ut till 1371 medlemmar, visar att läkare ägnar cirka 200 timmar per år åt fortbildning, en nivå som i de senaste årens undersökningar legat konstant.

Tiden för egen fortbildning (litteraturstudier, auskultation med mera) har minskat något sedan i fjol. Å andra sidan ökar för första gången på flera år den tid som läkarna anger att de ägnar åt internutbildning, från 1,1 till 1,3 timmar i veckan.

Den mest stabila trenden är den att antalet dagar för extern fortbildning sjunker. 2005 hade läkare i genomsnitt 9,1 dagars extern fortbildning. 2009 var siffran 8,1 dagar, och i fjol bara 7,4 dagar. Det riktvärde som Läkarförbundet anger för den externa fortbildningen är minst 10 dagar per år, ett mål som man alltså kommer allt längre bort ifrån.

– Det är väldigt oroande att man i ett så kunskapstätt, högutbildat yrke inte bereds möjligheter till fortbildning,

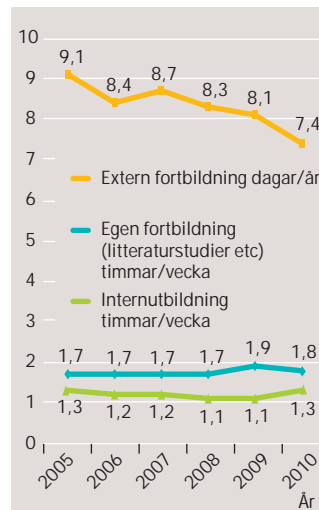


Andelen läkare som anger 0 dagar eller timmar för fortbildning.

säger Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.

För att kunna svara på vad orsakerna är krävs en noggrannare analys, menar Eva Engström.

– Men man kan fundera på om det är undanträngnings-



Utveckling mellan åren 2005 och 2010.

mekanismer. Kraven på att arbeta snabbare och mer effektivt inom både öppen och slutna vård kanske gör att man tar av tid som är planerad för fortbildning. Man måste också fundera över om alla omorganisationer i vården kan påverka. Att befinna sig i förändringsläge skapar trötta medarbetare som kan-



Eva Engström



Eva Jaktlund

ske inte har tid eller ork för fortbildning.

Adderar man tiden för egen fortbildning och internutbildning kan man se en svagt stigande trend de senaste åren, från 2,8 timmar i veckan 2008 till 3,0 timmar 2009 och 3,1 timmar 2010. Fortfarande återstår ändå en bra bit till Läkarförbundets mål om minst en halv dag, det vill säga fyra timmar, i veckan.

Något som möjligen kan ses som positivt i årets fortbildningsenkät är att även om läkare i genomsnitt får färre dagar av extern fortbildning är det samtidigt något färre som inte får någon extern fortbildning alls. Samma sak gäller för egen fortbildning: den ge-



Foto: Colourbox

Foto: Colourbox

Foto: Läkartidningen

»Det är väldigt oroande att man i ett så kunskapstätt, högutbildat yrke inte bereds möjligheter till fortbildning«, säger Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.

# utan internutbildning

**TABELL.** Finansiering av extern fortbildning, procent.

Finansiär	2010	2009	2007
Arbetsgivare	76	73	72
Forskningsmedel	6	7	7
Läkemedelsindustri	11	13	15
Läkaren själv	3	3	6
Eget bolag	3	3	–
Annan	2	1	–

nomsnittliga tiden minskar men färre blir helt utan.

Omvänt förhåller det sig med den interna fortbildningen, där bibelordet om att »åt den som har ska varda givet« verkar gälla. Samtidigt som den genomsnittliga tid som läkarna anger att de ägnar åt internutbildning ökar, från 1,1 till 1,3 timmar i veck-

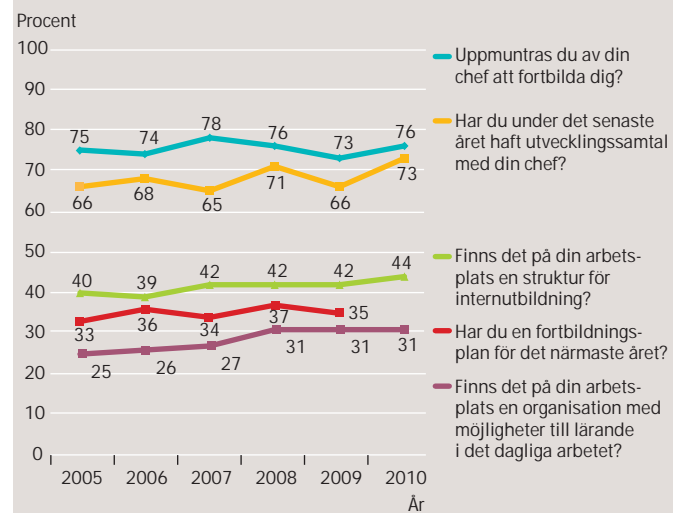
...  
**»... bara två landsting ställer kvantitativa krav på fortbildning på enheter som verkar inom vårdvalet. 16 av 21 landsting ställer inte några specificerade krav alls.«**

an, ökar antalet som anger noll timmar i veckan, från 36 till 42 procent.

– Att färre får mer verkar svårt att förklara, men om det stämmer är det mycket allvarligt, säger Eva Engström.

Något paradoxalt verkar utbildningsklimatet om något bli bättre. Fler anger att det finns en struktur för internutbildning på arbetsplatsen och fler har under det senaste året haft utvecklingssamtal. Tre av fyra läkare säger att de uppmuntras av sin chef att fortbilda sig, även om bara drygt var tredje läkare har en individuell fortbildningsplan.

Tittar man på de olika specialiteterna är det – som van-



Utbildningsklimat åren 2005 till 2010.

ligt – allmänläkarna som sacker efter mest. Den tid som en allmänläkare ägnar åt intern och egen fortbildning är nere i två timmar per vecka. Särskilt svårt har man att få tid till internutbildning; 49 procent av allmänläkarna anger noll timmar i veckan. Till skillnad från i andra grupper med lite internutbildning, som psykiatrer och kirurger, kompenseras inte

detta genom mer tid för egen fortbildning.

Ove Andersson, ordförande för Distriktsläkarföreningen, DLF, är inte förvånad över siffrorna och säger att den främsta förklaringen är brist på styrmekanismer i värdevalsuppdraget. I sin programskrift för distriktsläkarnas fortbildning konstaterar DLF syrligt att regelböckerna för

»Det är väldigt tydligt att uppdragsgivaren i dag inte tar sitt övergripande ansvar för att se till att kompetensutveckling är en naturlig del av primärvården.«

vårdvalet har högre krav på källsorteringen av sopor än på läkarnas fortbildning.

– Det är väldigt tydligt att uppdragsgivaren i dag inte tar sitt övergripande ansvar för att se till att kompetensutveckling är en naturlig del av primärvården. Ett enkelt krav som landstingen borde kunna ställa är att arbetsgivaren redovisar en fortbildningsplan för varje medarbetare och hur man jobbat med den, säger Ove Andersson.

Svensk förening för allmänmedicin, Sfam, har i en kartläggning konstaterat att bara två landsting ställer kvantitativa krav på fortbildning på enheter som

verkar inom vårdvalet. 16 av 21 landsting ställer inte några specificerade krav alls. Detta trots att regeringen, när den lade sin proposition om att införa obligatoriskt vårdval i primärvården, lyfte fram fortbildning som något som kunde ingå i kraven från uppdragsgivarna.

Västra Götalandsregionens regelbok innehåller endast den lakoniska frasen »fortbildning ingår i uppdraget«. Rose-Marie Nyborg, chef för VG Primärvård, menar att det vore svårt att reglera mer i detalj eftersom behoven är så individuella.

– Men självklart följer vi frågan. Diskussionen finns om fortbildning ska vara med bland våra uppföljningsindikatorer där man kan jämföra mellan olika värdenheter. Problemet är att hitta bra mått som är relevanta för uppdraget och som inte går att manipulera.



Rose-Marie Nyborg



Ove Andersson

Utöver tydliga tids- och innehållskrav på fortbildning i regelböckerna lyfter Sfam även förslaget att koppla rätten att behålla specialistbeviset till vissa minimikrav på fortbildning. Krav på så kallad recertifiering vart femte år för allmänläkare finns i dag i Norge. Där mister en allmänläkare som inte samlar ihop tillräckligt med fortbildningspoäng rätten till ersättning enligt specialisttaxan.

– Det finns allmänläkare som väljer bort fortbildning fast möjligheterna finns. Om det blir krav på obligatorisk recertifiering kopplat till ekonomiska incitament blir det mer intressant att se till

att man kommer iväg på fortbildning, säger Eva Jaktlund, ordförande för Sfam.

**Det låter som om det är läkarna som är ansvariga för att de inte fortbildar sig.**

– Vi har ett gemensamt ansvar. Sjukvårdshuvudmännen har ett mycket stort ansvar, men det ligger också ett stort ansvar på oss i kollegiet att föra fram att det är viktigt med fortbildning. Det finns bra förutsättningar för fortbildning på många håll i landet och det borde kunna vara fler som deltar.

Recertifiering är inte en linje som Läkarförbundet står bakom, säger Eva Engström. Man kommer dock att på annat sätt sätta fokus på fortbildningsfrågan framöver.

– Vi har precis bildat en grupp som ska arbeta med ett förslag till inspektioner av fortbildning, ungefär som Spur-inspektionerna.

Michael Lövtrup

# Socialstyrelsen river upp specialitetsstrukturen

Fem år efter att systemet med bas-, gren- och tilläggspecialiteter infördes låter Socialstyrelsen nu meddela att hela modellen ska skrotas. Det råder stor enighet om att den nuvarande strukturen inte är effektiv. Lena Ekelius, ordförande i Sveriges yngre läkares förening, tycker det är jättebra att indelningen ses över.

Den pågående översynen av specialitetsindelningen var tänkt att bli en mindre justering, en uppdatering med hänsyn till den medicinska utvecklingen och ett förändrat patientunderlag.

Men efter att specialitetsföreningar och andra aktörer på möten och i skrivelser framfört att den nuvarande modellen är ineffektiv har Socialstyrelsen fattat det radikala beslutet att helt överge den nuvarande modellen med bas-, gren- och tilläggspecialiteter som infördes 2006.

– I nästan varje möte vi har haft har det framkommit att den modell vi har i dag inte är optimal för att hantera både kravet på att man ska ha tillräcklig bredd för att tillgodose sjukvårdens behov och tillräckliga specialistkunskaper för att kunna behandla många typer av tillstånd, forska och följa upp vad som är mest effektivt, säger Anders Printz, chef för Socialstyrelsens avdelning för regler och tillstånd.

Något som många specialitetsföreningar pekat på är att ST-läkare som vill bli specialist i en grenspecialitet i dag

tvingas ägna mycket tid åt att inhämta kunskaper inom basspecialiteten som man inte sedan har nytta av – till exempel urologer som först utbildas till allmänkirurger.

Redan för tio år sedan, när den nya strukturen föreslogs, varnades för det resursslöseri som detta innebär.

**Gick inte de här problemen att förutse?**

– Man kanske kan vara självkritisk och säga att det hade gått att förutse. Men det viktiga är att vi nu ser vad vi kan göra för att vi ska få en så bra specialindelning som möjligt utifrån patienternas och sjukvårdens behov, säger Anders Printz.

I den nya modellen försvinner grenspecialiteterna. I stället ska den första delen av ST ägnas åt att skaffa en bred kunskapsbas som är gemensam för flera näraliggande specialiteter.

– Ett antal specialiteter, till exempel inom kirurgi eller internmedicin, får gemensamma moment med kurser och praktik där man skaffar sig grundläggande förutsättningar att hantera sjukdomstillstånd så brett att man kan bemanna jourlinjer. Utifrån de gemensamma kunskapsbaserna kan man sedan välja mellan ett stort antal ganska smala tilläggspecialiteter. Precis hur det här ska se ut och hur det ska utvecklas, är vad vi ska titta vidare på, säger Anders Printz.

Medan kunskapsbaserna blir färre blir tilläggspecialiteterna alltså fler och möjliga



Ur Läkartidningen nr 36/2011.

att välja utifrån olika kunskapsbaser.

– Det ger en större dynamik eftersom vårdgivaren kan koppla ihop specialister med olika typer av kunskapsbakgrund och utforma vården utifrån de processer som man identifierar som viktiga för uppdraget.

Den nya modellen är förankrad hos landstingen, säger Anders Printz.

– Vi har talat med hälso- och sjukvårdsdirektörerna

och fått positiv respons.

Beslutet att stöpa om specialitetsindelningen gör att tidsplanen för översynen förskjuts. En färdig modell beräknas bli klar 31 juli 2012, medan föreskrifter och målbeskrivningar ska komma på plats under 2013.



Anders Printz



Lena Ekelius

Läkarförbundet i Nationella rådet för ST, som är ett rådgivande organ till Socialstyrelsen. Den andra representan-

– Det blir en utmaning att få till det här på ett bra sätt, där måste vi ha en bra dialog med bland andra vårdgivarna och specialitetsföreningarna.

Lena Ekelius, ordförande i Sylf och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse, tycker det är »jättebra« att man nu ser över specialitetsindelningen igen och inför en tydligare gemensam kunskapsbas.

– Det är bra att Socialstyrelsen lyssnat in vad både läkarna som omfattas av ST och verksamheterna tycker, säger hon. Lena Ekelius är en av två representanter för

ten för Läkarförbundet är dess förste vice ordförande Heidi Stensmyren. I rådet har de båda arbetat för att få tillstånd den översyn som Socialstyrelsen nu beslutat om.

Lena Ekelius tror att den kommer att leda till att det blir bättre för både patienter och läkare.

– Däremot blir det förstås en mellanperiod när det hela görs om, påpekar hon.

För att det i framtiden inte ska bli så stora omgörningar på en gång efterlyser Lena Ekelius en mer systematisk och kontinuerlig översyn av ST vad gäller både innehåll och indelning. Hon funderar över om en särskild grupp under Socialstyrelsen skulle kunna ha denna roll, och kanske för hela läkarutbildningen fram till färdig specialist.

Michael Lövtrup  
Karin Bergqvist

**Läs mer** Se även debattartikeln på sidan 2035.

## Köp boken

# KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM

– en medicinsk kunskapsbok från Läkartidningen

Intresset för KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, har ökat på senare år. De flesta patienter diagnostiseras och behandlas i primärvården, vilket ställer kunskapskrav på läkare, sköterskor och sjukgymnaster. Samtidigt är KOL en kraftigt underdiagnostiserad sjukdom.

Redaktör: Professor Kjell Larsson, Karolinska institutet, Stockholm.



### Köp och beställ

på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se) under fliken »Butiken«  
Pris 230 kr (inkl moms, frakt tillkommer)  
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till [ulf.jansson@lakartidningen.se](mailto:ulf.jansson@lakartidningen.se)

**Läkartidningen**  
förlag ab

# Statens styrprinciper kan strida mot prioriteringsplattformen

Både vårdgarantin och rehabiliteringsgarantin kan stå i strid mot den etiska plattform som anger hur vårdens resurser ska prioriteras. Det visar en kartläggning från Prioriteringscentrum i Linköping.

– Jag kan sakna en ordentlig etisk konsekvensanalys innan man gör sådana här reformer för att identifiera möjliga problem och hantera dem om de uppstår, säger Lars Sandman från Prioriteringscentrum.

På Prioriteringscentrum har man inlett en kartläggning för att se hur statliga principer för att på olika sätt styra vården rymmer med den etiska prioriteringsplattform som riksdagen beslutat om. Hittills har man tittat på vårdgarantin och rehabiliteringsgarantin, berättade Lars Sandman på den nationella prioriteringskonferensen i Västerås 6–7 oktober.



Lars Sandman

– De farhågor man kan ha när det gäller vårdgarantin är att man låter nybesök gå före återbesök, framför allt om det kopplas till ekonomiska incitament som kömiljarden. Det ska ställas i relation till plattformen som säger att vi ska prioritera det största behovet.

Något annat som kan leda till en omprioritering av resurser som strider mot plattformen är rätten att söka vård i annat landsting om det egna inte klarar vårdgarantins tidsgränser. Skälet är att det sannolikt inte är de med högst behov som utnyttjar den rätten. Dessutom, men-



Foto: Science Photo Library

»De farhågor man kan ha när det gäller vårdgarantin är att man låter nybesök gå före återbesök, framför allt om det kopplas till ekonomiska incitament som kömiljarden.«

de Lars Sandman, kan man tänka sig att vården blir mer efterfrågestyrd om fler utnyttjar sin rätt till förnyad medicinsk bedömning.

– Någon efterfrågestyrning har man inte kunnat se, det tar antagligen längre tid. Där emot finns det en hel del som tyder på att återbesök nedprioriteras, sa Lars Sandman och pekade på resultatet från Socialstyrelsens enkät till landstingens väntetidssamordnare och på en revisionsrapport från Örebro läns landsting, båda från 2011.

– Det är ingen tung evidens, och det kanske inte är ett område där man kan få sådan, men det finns ett relativt samstämmigt intryck hos många

kliniker och beslutsfattare som måste tas på allvar.

När det gäller rehabiliteringsgarantin finns det även där frågetecken om den verkligen rymmer med prioriteringsplattformen.

– Rehabiliteringsgarantin fokuserar på åldersgruppen 16–67 år och på personer som är arbetsföra eller potentiellt arbetsföra. Det tycks strida mot människovärdesprincipen, som säger att man inte får ta hänsyn till patienternas kronologiska ålder eller sociala situation. Det verkar som om ingen har tänkt på det, framhöll Lars Sandman.

Läkarförbundet har i många sammanhang påpekat att vårdgarantin riskerar föra med sig att nybesök prioriteras. Ingela Nilsson-Remahl från Svenska neurologföreningen refererade en intervjuundersökning med tio kliniskt verksamma neurologer som bekräftade den bilden.

– Uppföljningen av dem som redan har en neurologisk sjukdom skjuts framåt i tiden. Ibland sätter man inte ens upp återbesöken på listan utan lämnar över bollen till patienten som får höra av sig.

Toivo Heinsoo, arkitekt bakom flera aktuella reformer som syftar till att stärka patientens ställning, ansåg dock att dessa vittnesmål har lite med själva vårdgarantin att göra.

– De illustrerar problemen med att man sitter kvar i en gammal och ineffektiv organisation. Vården blir inte bättre av att patienterna inte kommer till vården. Syftet med reformerna är att åstadkomma en organisation som arbetar utan köer.

Michael Lövtrup



Foto: Wikimedia Commons

Smittspridare i jordbruksområdet Lakonia på Peloponnesos i Grekland.

## Inhemsk spridning av malaria i Grekland

Hittills i år har 36 malariafall rapporterats i Grekland. Samtliga är infekterade med *Plasmodium vivax*, en av de fem arter av *Plasmodium*-parasiten som ger malaria hos människa. Över 80 procent av de grekiska fallen kan knytas till Evrotas, ett jordbruksområde i Lakoniadistriktet på Peloponnesos.

Sedan Grekland 1974 klassades som ett malariafritt land har bara ett fåtal fall rapporterats fram till 2009. Men det året anmäldes sex fall och 2010 ett fall, alla från Evrotas.

Enligt Smittskyddsinstitutet trodde man från början att orsaken till smitta i området var ett importerat fall av en bärare utan symtom, som via myggor spred smittan vidare. Det finns många invandrare från malariaendemiska områden som arbetar inom jordbruket i Evrotas. Allteftersom fler fall nu dyker upp, och under en längre period, börjar man dock se det som en möjlighet att *Plasmodium vivax* har etablerat sig i området. Det skulle innebära att man även fortsättningsvis får räkna med ansamlingar av fall.

Det grekiska smittskyddsinstitutet bedriver kampanjer för att informera vårdpersonal om tidiga symtom och öka kännedomen bland befolkningen i området. Man har också beslutat om testning av blod från alla blodgivare i områden med malariafall.

Den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, bedömer att risken för spridning till övriga EU-länder är låg. Läkare i andra länder uppmanas dock att tänka på malaria i fall av malariasymtom hos personer som vistats i de aktuella områdena i Grekland.

Karin Bergqvist

## »Pay for performance« osäker kvalitetshöjare

Målbaserade ersättningar, »pay for performance«, kan ha bidragit till att öka kvaliteten i primärvården. Men andra faktorer är viktigare för kvalitetshöjning. Det konstaterar Socialstyrelsen i en färsk utredning.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen analyserat Q-projekten, två projekt som syftat till att stimulera kvalitetsutvecklingen i den svenska sjukvården genom »pay for performance«.

En målbaserad ersättning utifrån amerikanskt influerad och senare även brittisk modell skulle locka vårdcentralerna att engagera sig i projekt och registrera sina patienter i befintliga kvalitetsregister. En tanke var också att premiera goda behandlingsresultat i enlighet med

de nationella riktlinjerna.

Det ena av de båda utvärderade projekten syftade till att förbättra behandlingen av hjärtsviktpatienter och genomfördes i Skåne. Det andra projektet handlade om förbättrad behandling av diabetes typ 2 och genomfördes i delar av Västra Götaland.

Socialstyrelsen noterar i sin utvärdering att införandet av den valda ersättningsmodellen motiverat vårdcentraler att börja arbeta med kvalitetsutveckling baserad på kvalitetsregister. De deltagande vårdcentralerna förbättrade sina resultat för majoriteten av de valda kvalitetsindikatorerna som var kopplade till den målbaserade ersättningen. Men förbättringarna berodde lika mycket på andra faktorer

som på den valda målbaserade ersättningen.

Socialstyrelsen tar som exempel upp enheternas fokus på mätning, de i förväg uppsatta målen, de riktade utbildningarna till personalen, stödet från projektorganisationen inklusive tillgången till kompetensen från de berörda nationella kvalitetsregistren.

Regelbundna analyser och jämförelser med andra vårdcentralers resultat, »benchmarking«, har också spelat en viktig roll.

Ytterligare faktorer som enligt Socialstyrelsen kan ha spelat in är vårdvalsreformen som genomfördes nationellt 2009, »och som kan ha påverkat Q-projektet«, och omvärldsfaktorer som »nya kunskaper«: riskerna med en kraf-

tig sänkning av blodsockernivån kan ha påverkat de läkare som deltog i Q-diabetes.

En tydlig negativ faktor som påverkar vårdkvalitet, och som Socialstyrelsen uppmärksammar, är vårdcentraler som under projektets genomförande har haft problem med personalkontinuitet och bemanning. Dessa vårdcentraler har inte förbättrat sina resultat i lika stor utsträckning som de vårdcentraler som inte hade den typen av problem.

Socialstyrelsen har också tittat på kostnaderna för »pay for performance«. Det visar sig att kostnaderna för hjärtsviktsprojektet Q-svikt varit högre än för liknande projekt för kvalitetsutveckling av vården för patienter med hjärtsvikt.

Marie Närlid